SENIORENRESIDENZ ZUM TIERGARTEN

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vollstationäre Aufnahme: O **Kurzzeitpflege:** O

Aufnahme am: **bis (**bei Kurzzeitpflege**):**

Name: **Vorname:** **Geburtsname:**

Anschrift (polizeilich gemeldet)

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Staatsangehörigkeit: **Konfession:** **Familienstand:**

Kranken-/Pflegekassen: **Pflegestufe:**

Versicherungsnummer:

Betreuer: (bitte Bestellungsurkunde/Vollmacht in Kopie beifügen**)**

Name: **Vorname:** **verwandt?**

Straße u. Hausnummer:

PLZ u. Wohnort:

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

Angehörige:

Verwandtschaftsgrad? **Name:** **Vorname:**

Straße u. Hausnummer:

PLZ u. Wohnort:

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

Verwandtschaftsgrad? **Name:** **Vorname:**

Straße u. Hausnummer:

PLZ u. Wohnort:

Telefon: **Fax:** **Mobil:**

Hausarzt: Name: **Telefon:**

Besondere Bemerkungen:

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

, den

(Unterschrift Bewohner / Betreuer)